

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Maurice GEORGES

Né le 5 décembre 1901 à Lérrouville (Meuse)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DES LARYNGOCÈLES

PATHOGÉNIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Travail du Service de M. le Professeur P. SEBILEAU

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Maurice GEORGES

Né le 5 décembre 1901 à Lérrouville (Meuse)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DES LARYNGOCÈLES

PATHOGÉNIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Travail du Service de M. le Professeur P. SEBILEAU

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1930



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatology.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROcq . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. . . Pathologie médicale.
 MERCIER(Fernand) . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Fils . . Physiologie
 SÉZARY. . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES. . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAINEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de grande affection
et de reconnaissance,*

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PIERRE SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Témoignage de ma profonde admiration et de ma respectueuse affection.

A MON MAITRE

M. le Docteur GRIVOT

Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Antoine

*Il m'a réservé dans son service
l'accueil le plus cordial.*

*Je le prie de croire à l'expression
de ma gratitude et de mon entier
dévouement.*

A MON MAITRE

M. le Docteur ROUGET

Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau

*Il a guidé avec la plus grande bien-
veillance mes débuts dans la spé-
cialité.*

*Il m'a toujours prodigué, depuis,
les marques les plus vives d'in-
térêt.*

*Qu'il veuille bien accepter ici l'hom-
mage de ma grande reconnais-
sance et l'assurance de mon fidèle
attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

M. le Professeur BROCA (*in memoriam*).

M. le Professeur agrégé CHIRAY.

Externat

M. le Docteur MONIER-VINARD, Médecin des hôpitaux.

M. le Docteur BAUDET, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé DESMAREST, chirurgien des hôpitaux.

Internat provisoire

M. le Docteur SORREL, chirurgien des hôpitaux.

Internat

1927. — M. le Docteur MARQUÉZY, Médecin des Hôpitaux.

1928. — M. le Docteur ROUGET, Laryngologiste de l'hôpital Trousseau.

1929. — M. le Professeur SEBILEAU, Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

1930. — M. le Docteur GRIVOT, Laryngologiste de l'hôpital Saint-Antoine.

A MM. les Docteurs CAUSSÉ, DUFOURMENTEL, BONNET-ROY, LEMARIEY, TRUFFERT, WINTER.

A MM. les Docteurs CHATELLIER, LEROUX, Laryngologistes des hôpitaux.

A MM. les Docteurs LALLEMANT, AUBRY.

En remerciement pour leurs précieux conseils.

En témoignage de grande amitié.

A M. le Docteur PRUVOST, Médecin des Hôpitaux.

A M. le Docteur WILMOTH, Chirurgien des Hôpitaux.

A MM. les Docteurs J. DECOURT, BARIÉTY, DELAFONTAINE, LEMAIRE.

Au Docteur THÉODORE LECOURT, Assistant à la consultation de Laryngologie de l'Hôpital Tenon.

Au Docteur FRANÇOIS LERAY, Ancien chef de clinique.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière un nouveau cas de laryngocèle.

Il s'agissait d'une laryngocèle mixte, avec production de deux poches volumineuses, intra et extra laryngée.

L'opération fut pratiquée, en un temps, en février dernier, par notre Maître M. le P^r Sebileau.

Le résultat opératoire fut parfait. Depuis lors, la guérison est demeurée complète.

La précision des symptômes cliniques relevés chez notre malade, le succès opératoire obtenu, les conclusions qu'il était possible de tirer de notre observation au point de vue pathogénique et surtout au point de vue thérapeutique, nous ont incité à entreprendre ce travail.

Après avoir parcouru toutes les observations publiées dans la littérature médicale, il nous a paru utile de reprendre l'étude de cette affection en essayant d'en simplifier la pathogénie et surtout d'en préciser le traitement opératoire,

Certaines publications récentes, et en particulier celles des D^{rs} Labarraque, Landry, Brémond, nous ont facilité la tâche et encouragé dans nos vues,

Obs. I (personnelle). — *Laryngocèle mixte, opération en un temps, guérison.*

Le malade, âgé de 42 ans, entre à Lariboisière en janvier 1930, inquieté par l'apparition récente de troubles de la voix et d'une gêne respiratoire progressive.

D'emblée, il attire l'attention sur l'existence d'une tuméfaction cervicale droite, dont il a noté l'apparition il y a de longues années, dont il a ensuite suivi l'augmentation progressive et qu'il rend responsable aujourd'hui des troubles qui l'ont forcé à consulter : dysphonie et dyspnée.

A l'interrogatoire, le malade apprend qu'il a remarqué pour la première fois l'existence de cette tuméfaction cervicale il y a 11 ans, en 1919.

Il raconte ensuite comment cette formation anormale, dont il avait d'ailleurs rapidement soupçonné la nature lui-même, comment « cette poche à air », pour employer son expression, avait progressivement pris de l'extension jusqu'à devenir nettement visible extérieurement.

Il ajoute enfin comment l'absence de tout autre phénomène, lui avait fait tenir cette anomalie plus comme une curiosité que comme une affection demandant une enquête médicale, et de fait, jusqu'à ces derniers mois,

le malade n'avait jamais présenté ni la moindre altération de la voix ni la moindre gêne respiratoire.

Dyspnée et dysphonie remontent donc à deux mois ; la dyspnée était tout d'abord une simple dyspnée d'effort. Depuis une quinzaine de jours, elle est devenue permanente. Le malade a l'impression de toujours manquer d'air. Il éprouve constamment la sensation d'un obstacle intra-laryngé. La nuit, sa respiration est encore plus gênée. Des crises paroxystiques angoissantes le réveillent, l'obligent à s'asseoir brusquement et à faire de grands efforts avant de retrouver son souffle.

La dysphonie s'est installée de même façon il y a environ deux mois. Le matin, la voix est éteinte ; dans la journée, elle demeure constamment rauque, à aucun moment, elle ne s'éclaire complètement. Ce n'est jamais une voix bitonale. Ce n'est pas la voix de bois du cancer. C'est une raucité pareille à celle d'une laryngite chronique banale.

Par ailleurs, le malade accuse la sensation fréquente d'un chatouillement intra-laryngé occasionnant assez fréquemment des accès de toux.

Il n'existe pas de douleurs. La déglutition s'effectue normalement.

Examen de la région cervicale : Dans la région latérale droite, on note, à la simple inspection, une voussure soulevant les téguments sur la largeur d'une paume de main et sur une hauteur d'un centimètre environ.

Cette saillie s'étend en arrière jusqu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Elle se prolonge en avant jusqu'à deux centimètres environ de la ligne médiane. En bas,

elle descend jusqu'à trois centimètres au-dessus de la clavicule. En haut, elle reste séparée par deux travers de doigt du bord inférieur du maxillaire.

Pour se représenter la topographie de la tuméfaction par rapport au larynx on peut dire qu'elle est coupée en son milieu par une ligne prolongeant en dehors l'os hyoïde et que son pôle inférieur descend de 1 centimètre au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Les téguments sont soulevés mais normaux.

Le malade peut, de lui-même, modifier l'aspect de cette masse cervicale. Après une grande inspiration, et après avoir répété plusieurs mouvements de déglutition, à la condition d'interrompre la respiration et de ne pas relâcher l'air inspiré, il parvient à gonfler la tuméfaction qui se tend, se développe en arrière en débordant le sterno, en haut, en atteignant le bord inférieur du maxillaire, arrivant à réaliser une saillie analogue à celle que ferait une grosse orange.

Les mouvements respiratoires seuls ne suffisent pas à provoquer ces variations de volume.

A la palpation, la tuméfaction se montre rénitente. Sous l'effort, elle se tend, donnant l'impression d'un ballon gonflé. Elle est mobile sur les plans profonds. De même, les téguments ont conservé toute leur mobilité sur l'ensemble de la tuméfaction.

La percussion révèle une sonorité tympanique.

Tous ces signes suffisent à affirmer le diagnostic de laryngocèle externe. La réductibilité de la poche gazeuse en serait une preuve de plus mais la recherche de

ce signe ne peut être poursuivie car la compression de la poche détermine immédiatement une augmentation importante de la gêne respiratoire marquée par l'apparition d'un tirage sus-sternal accompagné pendant quelques minutes d'un léger cornage (La notion d'une laryngocèle interne comblant le vestibule laryngé et en communication avec la poche externe explique suffisamment cette constatation).

La laryngoscopie indirecte montre en effet l'existence dans le vestibule laryngé d'une masse du volume d'une noix. Cette masse est de forme bien régulière, sphérique. Sa surface est lisse, sillonnée de nombreux rameaux vasculaires. Sa coloration rappelle en plus clair celle de la muqueuse laryngée normale. C'est à peu près celle que donnerait cette dernière en la supposant tendue et vue par transparence.

Cette masse occupe tout le vestibule laryngé, En arrière, elle s'appuie sur la paroi pharyngée. En avant, elle est séparée de l'épiglotte par quelques millimètres seulement. En bas, elle masque complètement les cordes vocales et les bandes ventriculaires. Pendant la phonation, les aryténoïdes sont complètement cachées. On aperçoit simplement la partie antérieure du repli ary-épiglottique.

Un mouvement d'inspiration forcée peut, seul, permettre d'apercevoir en arrière la saillie de l'aryténoïde.

Les différents mouvements de respiration et de phonation permettent de constater la mobilité de la tumeur.

- Ils ne modifient en aucune façon son volume.

En somme, ce sont là les symptômes que donnerait

toute tumeur bénigne, pédiculée, siégeant dans le vestibule laryngé et, *a priori*, s'il n'existait pas par ailleurs d'autres arguments, rien ne permettrait d'affirmer le véritable diagnostic. Et cependant, deux symptômes seraient anormaux s'il s'agissait d'une tumeur banale : l'inspection fait voir par transparence des ramifications vasculaires. Le toucher au stylet montre de la rénitence.

La laryngoscopie directe vérifie tous ces symptômes et montre mieux la mobilité de la tumeur, qu'une respiration plus saccadée arrive à déplacer de deux à trois centimètres dans le sens vertical. L'étude de cette mobilité montre que la poche tient à la partie haute et droite du vestibule laryngé et que là doit être son pédicule.

La radiographie permet de constater dans la région occupée par la tuméfaction externe l'existence d'une zone claire, ovale, bien limitée.

L'étude des antécédents ne révèle qu'un fait particulier : le malade est un vieux tousseur sujet à des bronchites fréquentes et traînantes. Depuis quelques mois surtout, tandis qu'apparaissaient dysphonie et dyspnée, la toux est devenue chez lui presque incessante.

Par ailleurs, un examen clinique complet ne révèle rien d'anormal. L'enquête étiologique la plus minutieuse ne permet de recueillir aucun argument en faveur de la syphilis ou de la tuberculose.

Le diagnostic de laryngocèle mixte ne soulevant aucune discussion, l'intervention chirurgicale est décidée et pratiquée en février 1930.

Intervention (M. le Professeur Sebileau).

Anesthésie générale. La gêne respiratoire étant assez marquée on estime que l'anesthésie habituelle à la pipe ne serait pas sans danger et on donne le chloroforme à l'aide d'une canule mise en place après laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

PREMIER TEMPS : *Incision des plans superficiels.*

Incision courbe à concavité supérieure s'étendant depuis la ligne médiane jusqu'au bord postérieur du sterno (incision à lambeau de l'évidement carotidien).

Dissection du lambeau supérieur qui est relevé et maintenu par un écarteur.

Incision du peaucier, de l'aponévrose cervicale superficielle et découverte de la laryngocèle.

DEUXIÈME TEMPS : *libération de la poche.*

Superficiellement, la dissection d'un tronc veineux courant sur la face externe de la tumeur permet de trouver aisément un premier plan de clivage. Ce tronc veineux, formé par la réunion d'une veine sus-hyoïdienne et d'une veine sous-hyoïdienne, se dirige obliquement en bas et en arrière vers la jugulaire interne. Il correspond vraisemblablement au tronc thyro linguo facial.

En arrière, on libère assez facilement aux ciseaux les adhérences peu serrées contractées par la poche avec les fibres du sterno-mastoïdien superficiellement, avec la gaine vasculaire plus profondément. La dissection se poursuivant prudemment et au large de la

poche pour ne pas la perforer, amène à ouvrir cette gaine vasculaire et à dénuder les vaisseaux ; jugulaire et carotide.

En bas, le pôle inférieur de la tumeur s'engage sous les muscles sous hyoïdiens qui sont sectionnés.

En haut, le pôle supérieur dépasse de 2 centimètres environ la grande corne de l'os hyoïde. Immédiatement en avant de ce pôle supérieur, on aperçoit les tendons du digastrique et du stylohyoïdien se dirigeant vers l'os hyoïde.

Sur la face externe du pôle supérieur, on écarte un cordon nerveux accompagné de deux troncs veineux (hypoglosse et veines linguales).

Cette découverte progressive de la tumeur s'effectue alternativement par dissection aux ciseaux et par décollement à la compresse. Plusieurs lames conjonctives assez épaisses et assez résistantes sont successivement traversées. Plusieurs plans de clivage cellulaires sont successivement décollés.

On arrive ainsi finalement sur un dernier plan représenté par la poche elle-même.

Cette poche, dont la dissection a été relativement facile est cependant très mince, pelliculaire. Elle est tendue, sonore. Sa coloration est blanc rosé. Dans l'ensemble, son aspect rappelle assez celui que réaliserait un doigtier en baudruche gonflé sous pression.

La face interne de la poche est facilement décollée d'arrière en avant de la paroi pharyngée. En poursuivant ce décollement, on reconnaît sur la paroi pharyngée le nerf et les vaisseaux laryngés supérieurs.

TROISIÈME TEMPS : *libération du pédicule.*

Quelques adhérences au bord inférieur de la grande corne de l'os hyoïde sont sectionnées aux ciseaux, la poche est facilement décollée profondément de la membrane thyro-hyoïdienne. Le pédicule est ainsi aisément libéré.

Il s'engage dans le larynx immédiatement au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde, près de la ligne médiane, sous le muscle thyro hyoïdien, à 1 centimètre environ en avant de l'orifice d'entrée du nerf laryngé supérieur.

La poche, qui n'est plus retenue que par son pédicule intra laryngé, est maintenant extériorisée complètement. Son volume est environ celui d'une mandarine. Il ne varie pas avec les mouvements de la respiration. Une pression exercée avec assez de force parvient à refouler une partie de l'air contenu à l'intérieur de la poche. Cette manœuvre s'accompagne d'un bruit très net de gargouillement et la poche s'affaisse en partie. On pense que les mouvements respiratoires vont rapidement parvenir à la gonfler à nouveau mais, après quelques minutes d'attente, et après s'être assuré qu'elle n'a pas été perforée au cours des manœuvres opératoires, on constate que la poche reste affaissée.

QUATRIÈME TEMPS : *ouverture de la poche.*

La poche est ouverte largement et exposée comme le serait un sac herniaire par quatre pinces. Cette ouverture ne s'accompagne d'aucun bruit pouvant témoigner

de la communication des voies respiratoires avec l'extérieur (ce qui semble indiquer une communication minime entre la poche et la cavité laryngée).

La face interne de la poche est tapissée de quelques sécrétions muqueuses. Sa coloration est blanchâtre et non plus rosée comme la face externe. Sa surface est soulevée par une vingtaine de plis radiés qui convergent vers l'orifice établissant la communication entre la poche et le larynx. Au fur et à mesure qu'on approche de cet orifice, l'épaisseur de la poche va en augmentant.

Cet orifice est presque virtuel. Cependant, l'index après l'avoir déplié, s'engage à son intérieur avec grande facilité.

CINQUIÈME TEMPS : *exploration de la laryngocèle interne.*

Le doigt pénétrant dans l'espace thyro-hyoïdien par cet orifice, s'enfonce de deux centimètres environ dans le larynx mais il ne pénètre pas dans la cavité laryngée proprement dite. Il est coiffé par la poche interne et c'est par son intermédiaire qu'il va sentir l'épiglotte en avant, les aryténoïdes en arrière.

Toutefois, en explorant la partie basse de cette poche interne, le doigt s'engage dans un trajet évasé, dirigé vers le bas, mais qu'il ne peut explorer dans toute sa longueur. Sans doute possible, ce trajet doit représenter la communication de la laryngocèle interne avec la cavité laryngée.

La poche interne saisie par son fond à l'aide d'une pince est attirée au dehors du larynx et retournée. Elle

vient se loger de cette façon à l'intérieur de la poche superficielle.

Les deux poches prises en masse sont attirées doucement au dehors. On isole ainsi un pédicule long de trois centimètres environ, épais, consistant, de la grosseur d'un crayon, retenant dans la profondeur l'ensemble de la formation pathologique.

Ce pédicule s'insère sur la partie inférieure du fond de la poche interne. Il est sectionné au ras de son insertion supérieure.

Après section, l'exploration du pédicule montre l'existence à son intérieur d'un pertuis conduisant verticalement en bas un stylet dans la cavité laryngée.

A l'aide d'un petit spéculum d'oreille introduit dans ce pertuis, on essaie d'explorer le trajet pour apprécier exactement le siège de l'orifice inférieur par rapport aux cordes vocales, mais le calibre trop petit ne permet pas cette exploration.

Un catgut est placé sur ce pédicule.

Les plans superficiels sont suturés avec soin. Un faisceau de crins est laissé en place pour 24 heures.

Les suites opératoires sont normales. Le malade sort complètement guéri au 10^e jour. La plaie opératoire s'est cicatrisée par première intention. Les troubles fonctionnels ont disparu.

Examen histologique ; l'étude microscopique de la poche montre que celle-ci est limitée par un épithélium pavimenteux en tous points analogue à celui de la muqueuse laryngée normale,

PATHOGÉNIE DES LARYNGOCÈLES

Deux axiomes peuvent être formulés qui résument l'étude pathogénique des laryngocèles :

1° La hernie laryngée est une hernie congénitale. Si elle n'apparaît souvent que tardivement, elle est toujours créée à la faveur d'une malformation anatomique congénitale ;

2° C'est, d'autre part, une hernie d'effort. Une surpression intra-ventriculaire est nécessaire pour forcer la muqueuse laryngée à se hernier.

L'étude de quelques observations démonstratives permet de vérifier ces deux assertions :

1° La laryngocèle est une hernie se développant à la faveur d'une prédisposition congénitale : les études anatomiques, cliniques, nécropsiques donnent en faveur de cette hypothèse des arguments suffisants.

a) Les traités d'anatomie signalent tous la possibilité au niveau du ventricule de Morgagni d'une anomalie congénitale :

Normalement, ces ventricules de Morgagni comprennent deux parties distinctes :

1° Le ventricule proprement dit, compris entre les deux cordes vocales ;

2° L'appendice, qui s'en détache pour s'enfoncer verticalement vers le haut dans l'épaisseur du repli aryténo-épiglottique.

Cet appendice, dont la direction est orientée perpendiculairement à celle du ventricule, a son embouchure située sur la partie antérieure et externe de la paroi supérieure de celui-ci.

De là, il s'enfonce entre le feuillet interne du repli aryténo-épiglottique et la lame latérale du cartilage thyroïde pour s'élever sur une hauteur de 1 centimètre,

En règle, il n'atteint pas le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Mais, anormalement, cet appendice peut se trouver beaucoup plus développé : on l'a vu (Poirier, Testut) arriver jusqu'à ce bord supérieur du cartilage thyroïde. On l'a même vu remonter plus loin, jusqu'à l'os hyoïde, et jusqu'au dessous de la muqueuse recouvrant l'extrémité postérieure de la base de la langue.

Virchow a noté assez fréquemment l'existence de cette anomalie. Au cours de dissections, il a observé à plusieurs reprises « de longs et minces sacs qui sortent de la partie supérieure du ventricule, avec un orifice passablement étroit, et s'étendent parfois jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde et même jusqu'à l'os hyoïde où ils se terminent en forme de massue. Ces sacs ont des parois lisses à l'intérieur, un épithélium à cils vibratiles, et sont remplis d'air ».

Gruber rapporte quatre cas de ces poches accessoires qu'il décrouvrit sur le cadavre. « Chaque sac va dans le repli aryténo-épiglottique, légèrement incliné en arrière

en haut et en dehors. Il augmente cette dernière inclination et arrive sous la base du sinus piriforme contre la membrane thyro-hyoïdienne. Après avoir percé cette membrane, il se dirige en arrière, entre elle et le muscle thyro-hyoïdien, dans la partie latérale de l'espace de même nom, où il se termine en une grosse poche élargie de tous les côtés et surtout en hauteur où elle finit par dominer l'os hyoïde. La longueur de ces sacs mesure de 5 à 6 centimètres ».

Hansemann, en 1899, présente cinq larynx au niveau desquels l'autopsie a montré ces mêmes prolongements.

Meyer rapporte un cas analogue: « l'appendice ventriculaire à droite monte comme un corps cylindrique entre l'épiglotte et la paroi interne du cartilage thyroïde. Cet appendice a 3 centimètres de haut et 1 centimètre de large. Par une partie étroite se trouve relié à l'appendice un sac qui s'étale sous le muscle thyro-hyoïdien après avoir perforé la membrane, formant ainsi un segment extra laryngé. L'appendice gauche surpasse d'une hauteur de deux centimètres à peine le bord supérieur du cartilage thyroïde. Le reste du larynx est normal ».

« Il existe ainsi de nombreux cas de ces formations anatomiques et non pathologiques, trouvailles d'autopsie et non faits chirurgicaux, sacs vides à qui il n'a manqué, pour devenir laryngocèles, que d'être habités » (Mlle Sonia Gluckberg).

b) L'anatomie comparée donne, semble-t-il, la raison de cette anomalie.

Chez certains mammifères ce prolongement du ventricule de Morgagni réalise une disposition anatomique

normale. Le ventricule, après avoir perforé la paroi laryngée latérale, s'étale dans le cou au dehors du larynx. C'est ainsi que chez le singe en particulier, on observe des sacs laryngiens ou poches laryngiennes remplies d'air recouvrant la face antérieure du cou et de la poitrine et descendant même quelquefois jusque dans les aisselles.

Il est incontestable que les formations ventriculaires extra-laryngées sont des vestiges ontogéniques rapprochant le larynx de l'homme de celui du singe. L'anatomie comparée fournit donc, elle aussi, des arguments en faveur de l'origine congénitale des poches aériennes extra-laryngées.

c) Nombreux sont les argument cliniques :

L'affection se révèle le plus souvent assez tardivement, à l'âge adulte, mais on connaît des cas s'étant manifestés de façon beaucoup plus précoce. Guyot relate l'observation d'un enfant de deux ans atteint de laryngocèle externe bilatérale. Garel cite le cas d'une laryngocèle externe double survenue chez un enfant de 16 jours.

La laryngocèle est parfois bi-latérale. Dans ces cas, il est difficile de ne pas admettre une prédisposition congénitale et de croire à l'origine purement mécanique de la tumeur gazeuse.

Landry a publié récemment à ce sujet une observation très instructive :

Obs. II (LANDRY). — *Laryngocèle double chez un souffleur de verre.*

Il s'agit d'un homme âgé de 56 ans. C'est un ancien ouvrier verrier autrefois souffleur de verre. Il est mort à l'hôpital de Reims de congestion pulmonaire double.

Aux dires des gens qui l'ont approché, il n'a jamais présenté de troubles laryngés mais il pouvait gonfler à volonté, jusqu'au volume d'une grosse orange, deux volumineuses poches situées sur la partie latérale du cou. Le sujet avait abandonné, il y a douze ans environ, le métier de souffleur de verre, gêné par ces deux poches volumineuses qui finissaient par devenir douloureuses au cours des expirations forcées et répétées.

La pièce anatomique disséquée montre un organe indemne au point de vue anatomo-pathologique, ni syphilis, ni tuberculose, ni traces de laryngite chronique. En revanche, on trouve à la partie antéro-supérieure du larynx, saillant sous les muscles thyro-hyoïdiens et sterno-hyoïdiens, deux volumineuses poches à parois consistantes, analogues à celles d'un sac herniaire épaissi, séparé par un plan de clivage très net du tissu cellulaire environnant. Elles sont plissées longitudinalement et plongent, par l'intermédiaire d'un pédicule assez grêle, en arrière et au-dessus du cartilage thyroïde, vers la ligne médiane.

Après section des muscles hyoïdiens, qui sanglent les deux poches, une boutonnière pratiquée dans l'une d'elles, montre la paroi interne lisse, très peu vascularisée, et un orifice rétréci de un demi-centimètre environ

faisant communiquer respectivement les deux laryngocèles avec la partie antéro-supérieure des ventricules de Morgagni exactement au niveau de l'appendice ventriculaire dont ils émanent évidemment.

L'auteur, tout en insistant sur l'étiologie professionnelle, admet à la base de l'affection, une prédisposition congénitale.

2° La laryngocèle est, d'autre part, une hernie d'effort :

Il peut donc exister, au niveau du larynx, une prédisposition anatomique congénitale permettant à la muqueuse laryngée de se hernier. Qu'un excès de pression agisse sur celle-ci elle finira par céder sous l'effort et par s'engager progressivement dans ce trajet qui lui est offert.

Plusieurs mécanismes d'ailleurs peuvent déterminer ce surcroît d'effort agissant sur la muqueuse laryngée et l'obligeant à se distendre.

a) Quelquefois, une surpression intra-laryngée brutale occasionne une véritable hernie de force :

Steven 1908 : Une laryngocèle survient extérieurement sous la poussée d'une douche d'air donnée avec la poire de Politzer.

Obs. III : Pantoloni 1897.

B., Emile, 25 ans, boulanger d'abord, puis, homme de peine. Antécédents héréditaires excellents.

Antécédents personnels ; aucune maladie antérieure.

Hernie inguinale dans son bas-âge. Constitution robuste presque athlétique.

Cause probable de l'affection actuelle : il y a trois mois, en montant une balle de farine de 122 kg., à un premier étage, a éprouvé dans l'effort une légère douleur sur le côté droit du larynx. Cette douleur ne l'a pas empêché de continuer sa tâche, mais elle a persisté pendant quatre à cinq jours.

Quelque temps après, comme il jouait du piston on lui a fait remarquer qu'il présentait une grosseur sur le côté droit du cou, ce qui ne l'a pas préoccupé outre mesure étant donné que la douleur et la gêne étaient nulles et que tout rentrait dans l'ordre par une légère pression exercée au niveau de la tuméfaction qui disparaissait en faisant entendre un sifflement pour réparaître ensuite lors d'un nouvel effort ».

Au chapitre du traitement, nous reprendrons cette observation déjà très démonstrative au point de vue pathogénique.

b) D'autres fois, ce sont des efforts répétés qui aboutissent à la formation de la hernie laryngée : dans notre observation personnelle, le malade était un vieux tousseur bronchitique. Nul doute que les efforts incessants de toux n'aient contribué à la formation de la laryngocèle.

c) On connaît quelques observations de laryngocèle professionnelle :

Dans le cas de Landry, déjà mentionné plus haut, il est infiniment probable que c'est sous l'influence des violents efforts d'expiration que faisait ce malade, souff-

fleur de verre depuis son jeune âge, que s'est développée la double laryngocèle.

Menzel, dans une communication à la Société Vienneoise de Laryngologie, en février 1923, signale une première observation de laryngocèle professionnelle intralaryngée survenue chez un souffleur de verre.

Dans cet ordre d'idées, rappelons qu'en 1829 déjà, Larrey avait rapporté des exemples de laryngocèles externes observés chez des aveugles chantant des versets du Coran, jour et nuit, au haut des minarets.

La même explication s'applique aux quelques cas de laryngocèles observés chez des instrumentistes (joueurs de hautbois, clarinette, cornet à piston).

d) On peut expliquer par le même mécanisme de l'effort, et rapprocher de ces cas ceux où la laryngocèle est secondaire à l'existence d'une lésion siégeant sur la muqueuse.

Dans les observations précédentes, un effort brutal ou des efforts répétés créent un état de surpression intralaryngé qui finit par vaincre la résistance opposée par la muqueuse et par obliger celle-ci, si l'existence d'un diverticule congénital lui donne cette possibilité, à se distendre et à se hernier.

Cet état de surpression intra-laryngé, ou mieux, intra-glottique, occasionné dans ces cas de façon transitoire, peut être créé en permanence par l'existence d'une lésion supra-glottique : tumeur, polype, hypertrophie des bandes ventriculaires, etc.

Et en effet, plusieurs observations, parmi lesquelles nous relatons les plus démonstratives, permettent de vérifier cette pathogénie.

Obs. IV (*Musehold*, 1894).

Il s'agit d'un malade de 72 ans venant consulter pour une raucité de la voix datant de trois ans et pour une aphonie datant de 18 mois. De la gêne respiratoire est apparue il y a trois mois.

A l'examen, on note l'existence dans le larynx d'une tumeur assez volumineuse, ayant pris naissance à droite et remplissant la cavité laryngée, sauf en un point situé à gauche et en arrière.

Dans la phonation ordinaire, les bandes ventriculaires sont immobiles, mais dans la phonation forcée, on voit brusquement le repli aryténo-épiglottique droit se gonfler comme une vessie et se transformer en une bulle transparente qui atteint quelquefois la ligne médiane.

La tumeur obstruant la cavité laryngée est extirpée en plusieurs séances.

Le malade est revu en 1900. La bande ventriculaire est normale et la hernie ne se reproduit plus.

Obs. V (*RAUGÉ*, 1897).

Le malade, vu pour la première fois en 1888, avait 26 ans et venait de contracter la syphilis. Celle-ci fut particulièrement maligne et détermina des accidents intenses, en particulier, des lésions ulcéreuses du nez qui provoquèrent ultérieurement le rétrécissement d'une narine. Survint ensuite une laryngite qui procéda par poussées et entraîna une aphonie totale en un an.

L'examen du larynx, pratiqué 20 mois après le début

de la laryngite, et trois ans après le début de la syphilis, dénote des lésions étendues consistant en épaississements des aryténoïdes, des replis aryténo-épiglottiques et des bords droit et supérieur de l'épiglotte.

Les cordes vocales sont gonflées, végétantes, rouges et granuleuses. La glotte est rétrécie et déformée. La région inter-aryténoïdienne est boursouflée. Dans le nasopharynx, on observe le même tissu d'aspect rosé et granuleux et on note l'existence d'ulcérations du bord postérieur de la cloison.

Un traitement spécifique intensif est institué.

Un an après, le malade est cachectisé. Il a une dysphagie intense. Il présente une aphonie complète. L'examen laryngé montre une aggravation des lésions. L'épiglotte est très épaissie. Les cordes vocales sont déchiquetées et pour ainsi dire détruites.

A la longue, sous l'influence du traitement, l'état général s'améliore. Raugé conseille alors au malade de faire des tentatives pour parler fort. Le malade arrive petit à petit à émettre des sons rauques qui ne viennent nullement des cordes vocales vraies mais d'une sorte de sphincter produit par le rapprochement des bandes ventriculaires.

En 1895, la voix s'est bien améliorée. Le malade y est arrivé par des exercices et non par une amélioration de l'état laryngé car les lésions sont restées les mêmes. La voix est produite exclusivement par le rapprochement des cordes vocales supérieures qui ont formé une glotte nouvelle. C'est alors que Raugé constate un fait intéressant. Chaque fois que le malade fait un effort

pour émettre un son, il se produit deux faits différents : d'une part, il apparaît une tumeur volumineuse faisant une saillie arrondie et régulière dans la moitié latérale gauche du vestibule laryngé, au niveau de la corde vocale supérieure et du ligament aryténo-épiglottique.

D'autre part, il se produit une tuméfaction analogue à la face externe du cou au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne. Cette tumeur reste volumineuse et tendue pendant toute la durée de l'effort. Elle a le volume d'une grosse noix. Elle surgit brusquement au moment de l'effort vocal et s'affaisse dès que l'effort cesse. Elle occupe verticalement tout l'espace entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et la grande corne de l'os hyoïde. Quand elle est tendue, elle est sonore à la percussion. On peut arriver à la réduire partiellement pendant l'effort mais, en même temps, la voix s'efface car la tumeur intra-laryngée remplit davantage le vestibule.

Raugé insiste sur la façon dont le malade a appris à parler, puis, sur la double production de la tumeur gazeuse. Ces deux phénomènes s'enchainent et il est évident que la hernie a été la conséquence de cette nouvelle manière de parler, réalisée par la formation, avec les bandes ventriculaires, d'une glotte nouvelle.

Obs. VI (GAREL, 1904).

Cette observation a fait l'objet de la thèse très documentée de Mlle Sonia Gluckberg.

Le malade, âgé de 37 ans, est adressé à Garel en 1904

pour un polype du larynx. Ses antécédents sont normaux. Il présente des troubles de la voix depuis 15 ans. Cette extinction, d'abord intermittente, est devenue progressivement permanente et totale.

Il n'existe aucun trouble fonctionnel laryngé en dehors de cette dysphonie. La respiration n'est pas gênée.

A l'examen laryngoscopique, on voit un énorme polype siégeant en avant sur le bord libre de la corde vocale droite. Dans les mouvements d'inspiration, ce polype vient se placer entre les cordes vocales. Il n'empêche pas le rapprochement de ces dernières dans la phonation. Mais, dans ce dernier mouvement, on voit la partie supérieure du vestibule se remplir brusquement d'une sorte de tumeur vésiculaire volumineuse provenant de la bande ventriculaire droite.

A un examen attentif, quand le son commence à être émis, on voit la partie supérieure de la bande ventriculaire droite, et même un peu le ligament ary-épiglottique se gonfler brusquement en un point, former dans le vestibule une saillie volumineuse qui remplit la cavité et va rejoindre le côté gauche. Cette saillie est d'un gris opalin. Elle n'est pas régulière mais présente un aspect bilobé.

Dès que l'inspiration reprend, la tumeur se dégonfle et tout rentre dans l'ordre. La muqueuse est seulement légèrement froissée, comme si elle était trop large pour recouvrir le ventricule. Tant que la respiration continue normalement, le gonflement de la bande n'a plus lieu. Il n'apparaît que dans la phonation, dont il dé-

pend absolument. Le boursofflement de la bande ventriculaire ne dépasse jamais l'intérieur de la cavité laryngée. Il ne déborde pas du côté du cou. La corde vocale gauche, à son tour, forme une légère bosselure mais sans hernie véritable.

L'examen somatique est négatif.

Le 27 janvier, le malade est présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon. M. Garel émet l'hypothèse que le polype vient dans la phonation se placer entre les lèvres des bandes ventriculaires. Il doit faire alors obstacle au passage de l'air. La pression aérienne augmentant dans la région ventriculaire, a provoqué la formation de la laryngocèle.

Le 28 janvier, M. Garel enlève le polype. Immédiatement après l'opération, la hernie ventriculaire disparaît et ne se reproduit plus. Cela confirme la valeur de l'hypothèse émise la veille touchant le mécanisme de production de la tumeur.

Le malade est revu le 4 février. La laryngocèle n'a pas reparu.

Obs. VII (LABARRAQUE, 1925).

Le malade âgé de 53 ans, entre en janvier 1924 dans le service du Dr Hautant pour des troubles de la voix remontant à 5 ou 6 ans. L'interrogatoire permet de constater une dysphonie assez spéciale qui peut se définir par l'expression commune de « voix cassée » ne rappelant en rien ni la voix bitonale, ni la voix de bois, ni la voix rauque. Cette voix cassée, de faible intensité,

à timbre grave, étouffée, pénible, traduit un assez gros effort de la part du malade pour arriver à parler. Notons qu'aucun symptôme subjectif ne se surajoute à ce trouble. Rien de spécial dans les antécédents. L'état général est parfait. Depuis trois ans, le malade a observé qu'à certains moments, particulièrement au printemps, il y avait une aggravation de son trouble vocal. Au réveil, il éprouve une grande difficulté pour parler. Il est obligé de forcer pendant une heure environ puis sa voix redevient ce qu'elle était la veille.

Le laryngoscope nous permet de constater une masse arrondie, un peu ovalaire dans le sens antéro-postérieur, de la grosseur d'une noisette, occupant tout l'hémilarynx droit et dont le grand axe se dirige en avant et en dehors. La couleur de la tumeur rappelle celle de la bande ventriculaire gauche et laisse apercevoir très nettement sur sa surface absolument lisse et sans bosselures, des vaisseaux finement dessinés. D'avant en arrière, elle semble couvrir toute la bande ventriculaire, la corde vocale droite, cachant la commissure antérieure et laissant à peine entrevoir le quart postérieur de la fente glottique. Cette masse ne semble pas fixe et rigide. La mobilité laryngienne est normale.

Dès le début de cet examen laryngoscopique, on est tout d'abord frappé par l'aspect général très curieux de cette masse sus-glottique. Elle rappelle en effet assez exactement la forme et surtout la couleur légèrement teintée de rose des polypes des fosses nasales. Après cocaïnisation, la couleur s'estompe, la forme s'arrondit et, ce qui est plus étrange, l'attouchement du larynx

semble modifier l'aspect général de la masse. Elle s'affaisse, elle s'aplatit et vient finalement se confondre avec la bande ventriculaire du même côté. Elle reproduit assez fidèlement le mouvement de repliement d'un ballon de baudruche que l'on vient de percer. A ce moment, la région sous-jacente est nettement visible et nous constatons une lésion sous-glottique allongée, cylindrique, dont le point d'implantation se trouve à la partie toute antérieure et un peu au-dessous du bord interne de la corde vocale droite.

Et pour mieux constater la mobilité, l'extension de la lésion sous-glottique, nous faisons émettre la voyelle « e » sous le contrôle du miroir. Or, nous voyons que la lésion sous-glottique se meut facilement, se relève, devient sus-glottique. puis, petit à petit, disparaît de notre champ visuel et se trouve de nouveau recouverte, masquée par la masse sus-glottique que nous pensions avoir rétractée par la cocaïne adrénalinée. Nous renouvelons un badigeonnage laryngien et, par une pression très légère, nous faisons disparaître de la même façon ce diverticule laryngien sans percevoir aucun bruit spécial. Puis, à la phonation, surtout après avoir fait tousser le malade, nous assistons à la reconstitution de cette masse sus-glottique qui se relève et se redresse. Tel un ballon que l'on gonfle, elle se tend assez rapidement pour atteindre sa dimension première. L'expérience reproduit à maintes reprises, identiquement, le même phénomène. En présence de ces manifestations cliniques aussi particulières et aussi curieuses, le diagnostic de laryngocèle s'impose.

Au point de vue pathogénique rappelons dans notre cas : d'une part, l'existence de la lésion sous-glottique droite et, d'autre part, ce fait que depuis trois ans, à certains moments, le malade a constaté lui-même qu'il était contraint de « forcer », de pousser, de parler plus fort que de coutume, pour retrouver sa voix habituelle déjà enrouée. Ces dernières manifestations nous permettent de penser que la lésion sous-glottique droite est la première apparue et que, soit à cause de la minceur particulière de la bande ventriculaire droite, soit par suite d'un développement plus grand de la cavité de Morgagni, soit par suite de toute autre cause favorisante mal connue, la laryngocèle a pu, secondairement, se constituer.

En effet, trois semaines après l'ablation en une séance, d'abord de la laryngocèle, puis de la lésion sous-glottique, le malade conserve une voix enrouée mais entièrement différente de sa première émission. En tout cas, le malade dit qu'il parle sans aucune peine et sans forcer. La bande ventriculaire est correctement cicatrisée, rigide, tendue et presque verticale. Celle du côté gauche est normale. Les deux cordes vocales sont absolument nettes. Deux mois plus tard, on constate le même état laryngien ; signalons cependant l'apparition d'un ilot inflammatoire sur la corde vocale droite dans sa portion inter-cartilagineuse. De plus, la cicatrisation étant complètement achevée, l'examen permet de constater que la bande ventriculaire droite est redevenue normale dans sa direction et sa couleur. En dehors d'une voix éraillée, à timbre grave et assourdi, l'exa-

men laryngoscopique montre un aspect normal de la région ventriculaire, tout comme s'il n'y avait jamais eu de lésions antérieures.

L'examen histologique montre la poche recouverte sur chacune de ses faces d'un épithélium d'aspect différent. Sur la face interne, il s'agit d'un épithélium du type stratifié cylindrique. Sur la face externe, on note un épithélium du type pavimenteux stratifié dont les couches superficielles sont kératinisées.

Nous sommes donc en présence d'une laryngocèle interne, pure, uni-latérale, apparue progressivement et secondairement à un polype sous-glottique. Cette lésion sous-glottique, pensons-nous est responsable :

1° De la diminution du calibre de la fente glottique. Ce fait a obligé l'individu à tousser tout comme s'il voulait rejeter un corps étranger et à intensifier instinctivement ses efforts pour parler ;

2° De la coalescence des bords internes des bandes ventriculaires. En effet, à la phonation, le polype sous-glottique vient se placer au-dessus du plan des cordes vocales, s'accolant aux deux bords internes des bandes ventriculaires. Dans cette position, celles-ci forment une cavité sus-glottique dans laquelle arrive la colonne aérienne ;

3° De la pénétration de l'air dans le ventricule droit. Différentes hypothèses permettent de concevoir ce fait :

a) Soit parce que cette cavité droite est plus grande que celle de l'autre côté et emmagasine la presque totalité de l'air sous-pression ;

b) Soit parce que la paroi ventriculaire droite, congé-

nitalement amincie, a cédé plus facilement à la poussée aérienne ;

c) Soit enfin parce que la forme, la longueur et la position de la lésion sous-glottique ont favorisé plus aisément la pénétration à droite qu'à gauche. En effet, nous pensons que le polype sous-glottique, par le fait de son insertion très antérieure et droite, est nécessairement repoussé par la colonne aérienne, d'abord vers la ligne médiane, puis, après avoir franchi la fente glottique, vers le côté gauche. Par ce mécanisme et dans cette position, le polype, cylindrique, allongé, obstrue en partie et protège en partie l'entrée du ventricule gauche. Le ventricule droit s'il est plus grand, ou si sa paroi est congénitalement amincie, subit toute la poussée aérienne, se dilate et constitue la laryngocèle unilatérale.

Obs. VIII (COHEN-TERVAERT, 1897).

Le malade, âgé de 62 ans, présente de l'enrouement depuis 17 ans et une gêne respiratoire croissante. A l'examen du larynx, on note que celui-ci est presque complètement obstrué par une grosse bulle partant du côté gauche. D'autre part, la moitié gauche du larynx est immobile, épaissie, considérablement augmentée de volume. La bande est volumineuse et cache la corde gauche. La bulle signalée plus haut apparaît immédiatement après la phonation. Elle n'occupe que la surface supérieure de la bande ventriculaire. Par une forte inspiration, elle disparaît.

L'auteur, pensant que l'immobilité et l'augmentation de volume de la bande préexistent à la tumeur, décide de sectionner la bulle à l'anse chaude.

Le malade est revu un an après cette ablation de la tumeur à l'anse. A sa place, sur la paroi laryngée gauche, se trouve une petite ouverture. Elle conduit dans une cavité siégeant dans la paroi laryngée gauche et provoquant une légère saillie médiane en même temps qu'elle vient soulever le sinus piriforme gauche.

Avec une sonde passée dans cette ouverture, on sent que la cavité est antéro-postérieure et que sa paroi externe est résistante tandis que sa paroi interne est molle. Ce n'est certainement pas autre chose que le ventricule lui-même ou son appendice.

L'auteur explique la formation de la laryngocèle de la façon suivante : grâce à l'épaississement des bandes ventriculaires, l'endroit le plus étroit du larynx se trouve être au-dessus de la glotte. L'air peut, par conséquent, entrer facilement dans les ventricules qui, à la longue, se dilatent. D'autre part, l'auteur pense que les appendices et les ventricules étaient hypertrophiés congénitalement.

Dans tous ces cas, l'existence d'un obstacle transitoire ou permanent au niveau de la région supra-glottique crée un état de surpression intra-laryngée et, indirectement, de surpression intra-ventriculaire responsable de la laryngocèle.

d) Dans certains cas le mécanisme est un peu différent. Cette surpression à l'intérieur de la cavité ven-

triculaire est due, non plus à l'existence d'un obstacle au niveau ou au-dessus des cordes vocales supérieures, mais à l'atrophie ou à la destruction des cordes vocales inférieures.

Le courant respiratoire étant modifié à la faveur de cette anomalie pathologique, l'air s'engouffre avec facilité à l'intérieur du ventricule de Morgagni.

Il n'y a plus ici surpression intra-laryngée, mais il y a toujours, et le fait suffit, surpression intra-ventriculaire.

Obs. IX (ALEXANDER, 1901).

Le larynx du malade montre un aspect rarement observé jusqu'à présent sur le vivant. A chaque phonation, la moitié antérieure de la bande ventriculaire gauche se gonfle en une grande tumeur globuleuse qui couvre la partie antérieure de la glotte. A droite, la bande fait une saillie semblable mais moins prononcée qu'à gauche.

On peut se représenter comment se sont passées les choses en considérant le côté gauche où la tumeur est le plus développé. Le malade avait depuis 12 ans une syphilis laryngée et quand il est venu nous consulter, il existait sur la face antérieure des aryténoïdes et sur la moitié antérieure de la corde vocale supérieure gauche, de grosses ulcérations. Ces dernières se sont cicatrisées après un traitement par l'iodure de potassium mais il faut reconnaître qu'une partie de la surface de la corde vocale gauche a été détruite par la lésion. D'autre part, la cicatrisation a entraîné une modification de la corde

vocale gauche. Pendant l'expiration, cette corde vocale est fixée mais seulement dans sa partie antérieure, tandis que sa partie postérieure exécute librement ses mouvements. Ainsi, ont été créés des rapports qui ont permis au courant d'air expiratoire d'entrer directement dans le ventricule et justement dans sa partie antérieure là où vient déboucher l'appendice.

Obs. X (MEYER, 1902).

L'enfant est en observation depuis l'âge de 9 ans. En mai 1893, il fut apporté fortement cyanosé avec un larynx rempli de papillomes. L'intubation n'a pas réussi et on a été obligé de pratiquer une trachéotomie. Quelques temps après, les papillomes sont extirpés mais rapidement des récidives obligent à remettre en place une canule.

En 1901, l'ablation de bourgeons charnus formés à l'angle supérieur de la glotte permet enfin l'ablation de cette canule. Désormais, le larynx est libre de papillomes. Pendant la respiration normale, les deux cordes vocales paraissent profondément lésées, minces. Pendant la phonation, les bandes se rapprochent de la ligne médiane mais, dans ce mouvement, elles sont brusquement projetées en haut tandis que leur volume augmente considérablement. Ces phénomènes sont dus à une insufflation du ventricule de Morgagni. L'air peut entrer facilement dans ce dernier grâce à la diminution de largeur des cordes vocales. L'atrophie des cordes explique donc la formation de la laryngocèle.

Cette étude des observations les plus démonstratives nous permet d'admettre pour tous les cas de laryngocèle, une pathogénie simple et univoque se résumant en deux mots : prédisposition congénitale, surpression intraventriculaire.

La laryngocèle devient ainsi une véritable hernie laryngée, en tous points analogue à une hernie inguinale. Elle s'effectue en effet de même façon que cette dernière à travers un trajet congénitalement préformé. Dans ce trajet s'engage, brusquement ou progressivement, à l'effort, un sac herniaire. Ce sac est constitué en tous points par la muqueuse laryngée distendue. Il est indépendant des plans de recouvrement dont on peut l'isoler facilement.

Et cependant, cette pathogénie si simple ne semble pas, à première vue, pouvoir rendre compte de tous les cas publiés sous le nom de laryngocèle.

Voici, en particulier, relatées intégralement, trois observations qui semblent mettre en défaut cette interprétation pathogénique.

Obs. XI (HUTCHINSON, 1864).

Perforation du larynx et formation d'une pneumatocèle au cou : Le malade âgé de 23 ans, d'aspect phtisique entre le 2 janvier pour une tumeur située à la partie antérieure du cou au niveau de la partie inférieure du larynx. Cette tumeur régulièrement ronde a le volume d'un œuf de pigeon. On sent une fluctuation bien nette et la tumeur ne diffère d'un abcès sur le

point de s'ouvrir que parce que la peau n'est aucunement enflammée. En comprimant la tumeur, on peut la vider avec la plus grande facilité, mais elle se remplit dès les premiers efforts de toux. La percussion révèle une sonorité tympanique. On ne peut douter, dans ces conditions, qu'il n'existe une communication avec le larynx à travers la membrane crico-thyrôïdienne.

Il s'agit, sans aucun doute, d'un malade tuberculeux. L'état général est très altéré. Le malade a présenté, il y a trois mois, plusieurs hémoptysies. Il existe plusieurs adénopathies cervicales. L'enrouement s'accompagne de dysphagie et d'une toux violente. La laryngocèle est vraisemblablement secondaire à l'ulcération de lésions tuberculeuses laryngées.

Obs. XII (BROCA).

Cette observation est relatée dans la thèse de Koutnik : Tumeur gazeuse du cou d'origine laryngée paraissant survenir à la suite d'intubation répétée du larynx. Incision de la poche. Extirpation partielle. Persistance d'un trajet fistuleux.

D. Louis, âgé de 3 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau pour un croup compliquant une rougeole. Il est tubé aussitôt après son arrivée. Dans la nuit, on pratique de nouveau l'intubation du larynx, le premier tube ayant été dégluti. Le lendemain, l'enfant est tubé à nouveau trois fois. Il sort de l'hôpital Trousseau 4 semaines environ après le début du croup. Les parents s'aper-

çoivent alors que l'enfant porte à la partie antérieure du cou, sur la ligne médiane, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur, complètement indolore, augmente de volume les jours suivants. L'enfant est hospitalisé aux Enfants Malades. Examen à l'entrée : L'état général est médiocre. A la partie antérieure du cou : on remarque une tumeur globuleuse s'étendant sur la ligne médiane, de l'os hyoïde au creux sus-sternal. Cette tumeur s'étale de chaque côté sur les parties latérales du larynx. Elle monte et descend, pendant les mouvements de déglutition. Elle n'augmente pas de volume pendant les cris ou pendant l'effort. A la palpation, elle est fluctuante dans toute son étendue. Sonore à la percussion, elle est irréductible sous une pression même prolongée. Elle n'est pas pédiculée. Elle est adhérente par une large base à la partie antérieure ou latérale du conduit laryngo-trachéal. La peau est normale, sans adhérences, bien mobile sur la tumeur.

L'enfant est presque aphone. Il jette cependant de temps à autre des cris un peu aigus. La respiration et la déglutition sont plus gênées à certains moments qu'à d'autres et une fois, on a pu constater que la tumeur du cou avait une tension supérieure à celle qu'elle possédait antérieurement.

Le diagnostic de tumeur gazeuse du cou étant posé, l'intervention est pratiquée en février par le Pr Broca : incision verticale, médiane sur la tumeur. Aussitôt la poche ouverte il s'en échappe de l'air qui était sous une tension légère et les parois s'affaissent. On cherche avec le plus grand soin un orifice fistuleux mais on n'en

trouve aucun. Au moment où on cessait les recherches, l'enfant se contracte violemment et on entend un petit sifflement qui se produit nettement sur la base adhérente de la tumeur au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde. On fait, sans résultat, de nouvelles recherches de l'orifice fistuleux. On excise une partie de la poche qui est très adhérente aux tissus sous-jacents. On draine sans suture la cavité avec de la gaze iodoformée. Les suites opératoires sont normales. L'enfant quitte l'hôpital après une quinzaine de jours. Il persiste un petit trajet fistuleux du cou et, pendant les efforts de l'enfant, on entend en cet endroit, un léger sifflement qui s'accompagne quelquefois de l'émission de bulles gazeuses. Les troubles de la voix persistent aussi accusés. Quant aux troubles de la déglutition et de la respiration, ils ont disparu.

L'enfant vient régulièrement aux pansements et il est toujours possible de constater la persistance du trajet fistuleux par l'existence du sifflement et l'émission de bulles gazeuses qui sortent au dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Deux mois après, l'enfant présente encore son trajet fistuleux qui résiste à toutes les cautérisations.

L'examen histologique de la paroi de la poche montre que celle-ci est formée d'une couche externe musculaire et d'une couche interne fibreuse. A l'intérieur de la paroi, on ne parvient à découvrir aucune couche endothéliale.

Dans cette observation de Broca où l'intervention a donné un mauvais résultat, remarquons que cet examen

histologique n'a pas montré au niveau de la poche l'épithélium cylindrique caractéristique de la laryngocèle vraie.

Obs. XIII (PELLETIER TH. Paris 1900).

Laryngocèle survenue chez un phthisique. Constata-tion d'une ulcération tuberculeuse du larynx et d'une fissure du cartilage thyroïde à l'autopsie.

D. Eugène, âgé de 22 ans, entre le 25 janvier 1900 à l'Hôpital St-Antoine. Il présente des symptômes de tuberculose pulmonaire avancée avec cavernes volumineuses au niveau des poumons et, de plus, des symptômes de tuberculose laryngée : dysphonie, douleurs à la déglutition, douleur à la pression au niveau du larynx. Au moment de l'entrée à l'hôpital il n'existe pas de tumeur au niveau du cou. C'est seulement le 15 février que l'on reconnaît par hasard la présence d'une tumeur arrondie, grosse comme un œuf de pigeon, située sur la ligne médiane, au niveau du cartilage thyroïde. Cette tumeur est indolore. La peau est saine à son niveau. Les téguments sont mobiles sur la masse. La percussion révèle de la sonorité. Sous l'influence de la toux, la tumeur augmente de volume. Une pression soutenue arrive à la réduire lentement et avec peine. A la suite d'une quinte de toux, elle reparait aussi volumineuse qu'avant la réduction et avec les mêmes caractères.

Depuis l'apparition de cette tumeur, le malade est devenu presque complètement aphone. Il meurt d'ailleurs quelques jours plus tard.

À l'autopsie, la tumeur a beaucoup diminué de volume et on observe au devant du larynx une saillie peu appréciable. On dissèque avec soin la région laryngée. Les plans aponévrotiques sont intacts. A peine sont-ils incisés que la tumeur disparaît complètement. Arrivé sur la face antérieure du larynx, on aperçoit une petite fissure, à la partie antérieure du cartilage thyroïde. Cette fissure, à peine visible, siège sur la ligne médiane au-dessous de l'échancrure du bord supérieur du cartilage qu'elle semble continuer. Le larynx est ouvert : les replis aryéno-épiglottiques sont gonflés. L'épiglotte est émaciée et très rouge. Les cordes vocales sont infiltrées et présentent quelques érosions. A la face postérieure du cartilage thyroïde, dans l'angle rentrant de ce dernier, entre les insertions antérieures des cordes vocales supérieures et inférieures, on remarque une ulcération profonde. La muqueuse et le cartilage sont détruits à ce niveau. Un stylet introduit avec précaution dans cette ulcération ressort par la fissure à la face antérieure du cartilage thyroïde.

Examen histologique ; des foyers caséeux, des granulations tuberculeuses existent au niveau de l'ulcération. La paroi antérieure de la poche est formée d'une couche de tissu fibreux doublée d'une couche de tissu musculaire.

Pelletier donne de ce cas l'interprétation suivante : la muqueuse et le cartilage thyroïde étaient perforés dans toute leur épaisseur. L'air pouvait passer à travers le petit trajet situé au niveau de l'ulcération et envahir le tissu cellulaire lâche compris entre le larynx et le plan

aponévrotique résistant formé par les aponévroses superficielle et moyenne. Il ne pouvait vraisemblablement diffuser dans le tissu cellulaire du cou à cause des adhérences de l'aponévrose moyenne aux plans sous-jacents.

En haut, l'aponévrose cervicale moyenne adhère en effet à l'os hyoïde. En bas, elle adhère à l'isthme du corps thyroïde qui est lui-même fixé à la trachée par des adhérences. Latéralement, cette aponévrose fournit des gaines aux muscles sous-hyoïdiens.

Elle est reliée aux plans profonds au niveau des lobes latéraux des cartilages thyroïdes et, plus haut, au niveau des muscles thyro-hyoïdiens. Il en résulte la formation d'une loge bien limitée, remplie de tissu cellulaire lâche et dans laquelle l'air peut facilement s'épancher.

Dans ces trois observations l'explication que nous proposons ne semble pas satisfaisante mais, à vrai dire, s'agit-il bien ici de véritables laryngocèles ?

A l'exception de ces trois derniers cas, toutes les observations de laryngocèle se caractérisent par les faits suivants :

Développement à l'intérieur du ventricule de Morgagni ou de son prolongement : l'appendice.

Absence au niveau du larynx de toute solution de continuité autre que celle en rapport avec une disposition congénitale.

Développement à la faveur d'une surpression intralaryngée, marquant surtout ses effets sur la muqueuse

ventriculaire qui cède sous l'effort et arrive à constituer un véritable sac herniaire.

Constitution anatomique de ce sac rappelant en tous points celle de la muqueuse laryngée normale dont il ne représente évidemment qu'une émanation.

Possibilité de cliver facilement ce sac d'avec les parties environnantes intra ou extra laryngées.

Guérison de l'affection après fermeture et ablation chirurgicale du sac.

Les observations d'Hutchinson, Broca, Pelletier, ont, pourrait-on dire, des caractéristiques opposées :

Développement en n'importe quel point de la cavité laryngée à la faveur d'une solution de continuité siégeant au hasard à la surface du larynx.

Développement à la suite d'une effraction pathologique ou traumatique, à la suite d'une perforation laryngée.

Formation d'une poche gazeuse extra laryngée dont les parois sont artificiellement formées par les plans de recouvrement, tissu conjonctif et tissu musculaire environnants.

Absence d'une poche émanant de la cavité laryngée et possédant la structure histologique de la muqueuse du larynx.

A l'intervention, impossibilité de disséquer et de fermer un sac. Impossibilité de guérir l'affection par l'intervention si simple utilisée dans les cas précédents.

L'étude comparative de ces différentes observations amène, obligatoirement, à diviser les tumeurs gazeuses pré-laryngées en deux groupes.

1° Les hernies du larynx ou laryngocèles vraies ;

2° Les perforations fermées du larynx ou fausses laryngocèles se différenciant totalement des précédentes, tant au point de vue anatomique, qu'au point de vue pathogénique, et qu'au point de vue opératoire.

Ces réserves étant faites, cette distinction fondamentale étant établie entre les différentes tumeurs gazeuses pré-laryngées, il semble qu'on doive réserver le nom de laryngocèles vraies au premier groupe de ces tumeurs gazeuses et qu'on doive définir la laryngocèle comme une hernie laryngée, caractérisée par l'existence d'un sac herniaire développé au détriment de la muqueuse laryngée, dans un trajet congénitalement préformé.

La notion de trajet congénital est indispensable pour fixer le mécanisme de production des laryngocèles. La notion de poche, formée en tous points par la muqueuse laryngée et indépendante des plans de recouvrement, est indispensable pour comprendre le traitement opératoire.

Peut-être aurions-nous dû laisser au terme laryngocèle sa signification assez vague. Il nous a paru cependant impossible de réunir dans un même cadre deux groupes d'affections à caractères si opposés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, il existe trois variétés de laryngocèles :

Laryngocèle externe, avec formation d'une tuméfaction cervicale.

Laryngocèle interne, avec production d'une tuméfaction intra-laryngée.

Laryngocèle mixte.

1° Laryngocèle externe :

Elle est en tous points comparable à une hernie inguinale et on peut lui étudier de même façon un trajet, un sac et un contenu.

Trajet : il est constitué par le prolongement anormal de l'appendice. Ce prolongement s'élève verticalement depuis l'extrémité antérieure du ventricule de Morgagni jusqu'à la région thyro-hyoïdienne. L'appendice ainsi prolongé a la forme d'un cordon, de la grosseur d'un crayon, indépendant des formations environnantes dont on peut facilement le cliver (cartilage thyroïde, muqueuse endo-laryngée). Il est perforé en son centre par une lumière au calibre généralement étroit.

Sac herniaire : Il est formé par la muqueuse laryngée

distendue. On peut lui distinguer deux portions : portion interstitielle développée à l'intérieur du diverticule ventriculaire. Portion cervicale.

Dans la portion interstitielle, le sac est assez épais, résistant. Il est assez difficile à différencier des tissus entrant dans la formation du prolongement ventriculaire.

Dans la portion cervicale, le sac est très mince, pelluculaire. La hernie a progressé par distension et non par glissement. Néanmoins, il est relativement résistant. S'il est aussi mince qu'une poche de grenouillette, il se laisse déchirer beaucoup plus difficilement. En tous cas, il n'adhère nullement aux tissus environnants (tissu conjonctif, muscles) et on peut le cliver très facilement.

La face externe est de coloration blanc rosé. De nombreuses arborisations vasculaires sont dessinées à sa surface.

La face interne est de coloration blanchâtre. Elle est parcourue par une vingtaine de plis radiés qui convergent vers le collet du sac.

Les dimensions du sac sont variables. Le plus souvent, le fond et l'orifice laryngé sont séparés par 7 à 8 centimètres.

Contenu : Pour qu'il soit permis de parler de laryngocèle, il faut qu'un pareil sac contienne de l'air « l'existence de ce diverticule laryngien n'est pas suffisante à créer la laryngocèle, pas plus que la persistance du canal péritonéo-vaginal ne suffit à créer une hernie inguinale. Pour qu'il y ait hernie, il faut que le sac soit

habité. Pour qu'il y ait laryngocèle, il faut qu'il soit insufflé ». Mlle Sonia Gluckberg.

2° Laryngocèle interne :

La poche fait issue dans la cavité laryngée à un niveau variable : Quelquefois, elle apparaît immédiatement au dessus de la bande ventriculaire (peut-être dans ces cas une profondeur anormale du ventricule de Morgagni n'est-elle pas nécessaire à sa formation).

Le plus souvent, la poche endo-laryngée fait saillie, ou a son pédicule d'insertion, plus haut, à un ou deux centimètres au dessus de la corde vocale supérieure.

Examen microscopique :

Tous les examens histologiques pratiqués se ressemblent dans les grandes lignes. Nous citons intégralement le plus complet d'entre eux : Brémond 1928.

La paroi de la poche est constituée de dedans en dehors par :

1° Un revêtement épithélial muqueux, composé de hautes cellules cylindriques à mucus, en général polystratifié mais réduit par place à deux couches de cellules (parfois une seule). Mais il est rare, même dans ces derniers cas de ne pas trouver quelques cellules génératrices fertiles appuyées sur la basale.

2° Une couche lympho-conjonctive. L'infiltration lymphoïde, de densité variable, varie depuis les traînées discrètes de cellules rondes jusqu'à la formation de véritables follicules clos avec centres clairs germinatifs.

3° Une couche assez épaisse fibro-conjonctive riche en collagène est parcourue par de nombreux petits vaisseaux ou capillaires gorgés de sang.

Cet examen microscopique plaide en faveur de l'origine congénitale des laryngocèles. Nous retrouvons en effet (Brémond) une muqueuse en tous points comparable à la muqueuse du ventricule et, sous cette muqueuse, une infiltration lymphoïde qui rappelle la formation lymphatique que Frankel avait signalée au niveau de l'appendice ventriculaire de Morgagni et qui lui avait même fait donner à cet appendice, pour cette raison, le nom « d'amygdale laryngienne ».

SYMPTOMATOLOGIE

Laryngocèle externe

Ses caractères en imposent facilement le diagnostic. Elle se traduit avant tout, cliniquement, par l'existence d'une tuméfaction cervicale sonore, réductible, impulsive à la toux.

L'inspection permet de préciser le siège de cette tuméfaction. Celle-ci est rarement médiane. Presque toujours, elle est latérale, comblant la gouttière située normalement entre l'appareil laryngé et le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Nous avons dit déjà comment l'existence d'un plan musculaire résistant, formé de part et d'autre de la ligne médiane par les muscles thyro-hyoldiens, obligeait la hernie laryngée à s'extérioriser latéralement.

Les dimensions sont variables. La laryngocèle est habituellement du volume d'une noix. Rarement, elle est plus petite. Quelquefois, comme dans notre observation, elle peut atteindre les dimensions d'une orange.

La forme est régulière, sphérique.

Les téguments recouvrant la tuméfaction sont demeurés normaux. Leur coloration n'a pas varié. Ils ont

conservé toute leur mobilité sur les plans profonds.

L'inspection permet surtout de relever un symptôme plus significatif et qui, à lui seul, suffit déjà à différencier cette poche gazeuse des autres tumeurs du cou : la tuméfaction cervicale est capable de variations de volume réglées par le fonctionnement respiratoire : elle suit l'impulsion de la toux. Une expiration forcée, le nez et la bouche étant fermés, augmente considérablement sa tension. Quelquefois même, et ces faits rappellent ceux que l'on peut observer au niveau du canal inguinal lorsqu'il s'agit d'une simple pointe herniaire, la laryngocèle ne s'extériorise qu'à l'occasion de la voix ou d'un effort vocal et elle s'affaisse aussitôt que cesse tout effort respiratoire.

A la palpation, on peut limiter facilement la tuméfaction cervicale et en particulier préciser ses rapports avec le bord antérieur du sterno-mastoïdien en arrière, le bord inférieur du maxillaire en haut.

La main qui palpe a l'impression particulière de rénittance. La consistance élastique de la tuméfaction rappelle assez celle d'un ballon moyennement gonflé.

Les téguments n'adhèrent pas à la tuméfaction mais celle-ci est solidaire des plans profonds. Elle tient au larynx, elle lui adhère, elle le suit dans ses mouvements d'ascension.

Une pression douce et continue peut arriver à réduire complètement la tuméfaction externe. C'est là un symptôme important; capable d'affirmer à lui seul la communication existant entre la poche cervicale et la cavité laryngée.

Cette réduction s'accompagne inconstamment d'un sifflement ou d'un bruit de gargouillement perçu par le malade et par l'entourage.

La percussion révèle un autre symptôme précisant la nature gazeuse de la tumeur : la sonorité tympanique.

Tous ces symptômes parmi lesquels surtout : l'impulsion à la toux, la réductibilité, le tympanisme, suffisent pour affirmer le diagnostic de poche aérienne en communication avec le larynx.

Très accessoirement, et ces constatations ne pourraient guère avoir d'intérêt que dans les cas de petites laryngocèles sur lesquelles il est difficile d'apprécier la sonorité ou dans les cas de laryngocèles non réductibles et ne suivant pas l'impulsion de la toux, d'autres méthodes d'examen peuvent apporter leurs enseignements.

La radiographie permet de constater latéralement, en dehors de l'ombre du conduit laryngo-trachéal, une image claire, sphérique ou ovalaire, bien limitée.

La ponction exploratrice permet de vérifier le contenu aérien de la tuméfaction.

Mais ce sont là presque toujours des épreuves superflues, tant le diagnostic est facile.

Laryngocèle interne

Un fait nouveau apparaît avec cette variété de laryngocèle. C'est l'existence de symptômes fonctionnels : dysphonie et dyspnée.

La dysphonie est à peu près constante mais elle est va-

riable dans ses modalités et n'a rien de caractéristique.

Le plus souvent, la voix est rauque mais sans avoir un timbre autre que celui observé dans une laryngite chronique banale.

La gêne respiratoire est inconstante. Seule, une poche intra-laryngée de dimensions assez importantes est capable de provoquer de la dyspnée.

A l'examen, la laryngocèle interne se traduit par l'existence, à l'intérieur de la cavité laryngée, d'une tuméfaction à caractères bien spéciaux :

Cette tuméfaction est de volume variable (noisette, noix). Elle est le plus souvent de forme arrondie, sphérique. Quelquefois elle est allongée dans le sens antéro-postérieur ou étranglée à sa partie médiane, bilobée.

Lorsqu'elle est de faibles dimensions, on peut facilement apprécier le siège latéral et le point d'implantation sur la paroi laryngée au niveau ou au-dessus de la bande ventriculaire.

Lorsque la poche est plus grosse, elle occupe toute la cavité laryngée. Elle masque à la fois les cordes vocales, les bandes ventriculaires, les aryténoïdes et dans ce cas, il peut être malaisé d'en préciser le point d'insertion.

La surface est régulière, lisse. Elle est sillonnée de nombreuses arborisations vasculaires.

La coloration est rose clair, rappelant assez celle du ballon de baudruche gonflé sous pression.

La poche est mobile à l'intérieur de la cavité du larynx. Le plus souvent, son volume ne varie pas avec les mouvements respiratoires. Quelquefois, cependant,

à chaque expiration ou à chaque mouvement de phonation, la poche se gonfle et se tend davantage sous la pression de l'air pénétrant à son intérieur.

Quelquefois même, la tuméfaction laryngée n'apparaît qu'à l'occasion de la phonation. Quand l'inspiration reprend, elle se dégonfle et disparaît. L'exploration au stylet permet d'apprécier la mobilité de la poche et surtout met en évidence un symptôme important et suffisant pour éliminer la possibilité d'une tumeur solide intra-laryngée : la tuméfaction est molle, dépressible.

Tuméfaction sphérique, régulière, rosée, mobile, dépressible. Surface sillonnée par des rameaux vasculaires nettement visibles par transparence. Possibilité de variations de volume suivant le rythme respiratoire, tels sont les grands symptômes permettant d'affirmer facilement le diagnostic de laryngocèle interne.

Laryngocèle mixte

Son tableau est fait de l'adjonction des symptômes caractérisant les deux formes précédentes. Nous signalerons simplement un fait particulier établissant mieux que tout autre, cliniquement, la solidarité existant entre les deux poches intra et extra-laryngée : la compression de la laryngocèle externe, suivie de son affaissement, provoque une augmentation de volume de la laryngocèle interne et partant, une augmentation des symptômes fonctionnels occasionnés par cette dernière, dysphonie et surtout gêne respiratoire. Ce fait, toute-

fois n'est pas obligatoire. Il exige, pour se produire, l'existence d'une communication anatomique suffisamment large entre les deux poches.

EVOLUTION

La laryngocèle peut, à la longue, déterminer des troubles fonctionnels importants : toux, dysphonie et surtout dyspnée ; mais, dans l'ensemble, son pronostic est assez bénin.

Nous ne connaissons qu'une observation de laryngocèle ayant déterminé rapidement la mort par asphyxie :

Il s'agissait d'une laryngocèle mixte possédant une poche interne en communication large avec une poche cervicale, en communication minime, au contraire, avec le ventricule. C'est cette « laryngocèle à soupape » où une fissure insignifiante ne permettait que difficilement à l'air de sortir qui asphyxia rapidement le malade (Benda et Borchert, 1897).

DIAGNOSTIC

Il ne souffre pas grande difficulté.

La laryngocèle externe se reconnaît aisément à ses caractères bien particuliers : sonorité, expansion à la toux, réductibilité.

Une seule question peut se poser en sa présence. S'agit-il d'une laryngocèle vraie ou d'une tumeur gazeuse banale développée au devant du larynx ? Nous avons discuté cette question au chapitre de la pathogénie, en insistant sur les caractères distinctifs séparant les deux affections. Nous avons essayé de montrer comment tout était différence entre la véritable hernie laryngée et la tumeur gazeuse simple, secondaire, suivant les cas, à une perforation traumatique (tubage), à une perforation pathologique (tuberculose ou syphilis laryngée), à l'ouverture d'un abcès cervical à l'intérieur de la cavité laryngée. Nous dirons plus loin, au chapitre du traitement, comment, opératoirement, ces différences s'affirment encore avec plus de netteté.

Le diagnostic de laryngocèle interne pure peut être plus délicat. L'affection peut être confondue avec toutes les tumeurs bénignes du larynx, tumeurs kystiques en

particulier. Dans les cas où on est privé du meilleur signe, à savoir la variabilité du volume de la tumeur suivant le rythme respiratoire, rappelons que les deux meilleurs arguments, en faveur d'une laryngocèle, tiennent dans le fait que la tumeur est dépressible (stylet) et que sa surface est sillonnée d'arborisations vasculaires.

TRAITEMENT

Laryngocèle externe

En relisant les différentes observations publiées et en n'envisageant que le côté thérapeutique, on trouve les auteurs divisés en deux camps. Les uns, et les plus nombreux, sont partisans d'un traitement médical simple, les autres conseillent de recourir au traitement chirurgical.

Les abstentionnistes déconseillent l'opération en s'appuyant avant tout sur deux arguments :

1° La poche de laryngocèle est une mince pellicule adhérente aux muscles, adhérente au tissu conjonctif. Le plus souvent, on ne peut la détacher que par lambeaux et avec grande difficulté ;

2° Dans beaucoup de laryngocèles, on ne peut arriver à trouver la poche, car il n'existe pas de paroi propre.

Ces auteurs conseillent de combattre la tuméfaction cervicale par la compression. Celle-ci, réalisée suivant les cas à l'aide d'un bandeau cervical ou à l'aide d'un tampon de coton maintenu d'une façon permanente

appuyé contre la poche, « favorise » la fermeture de l'orifice de communication établi entre la laryngocèle et la cavité laryngée et permet d'espérer la guérison.

Il n'est pas, dans toute la littérature médicale, une seule observation venant relater comment de pareils espoirs se sont un jour réalisés, mais, tous les traités classiques étudiant les affections du larynx n'en reproduisent pas moins les mêmes arguments contre l'intervention chirurgicale, et donnent tous le même conseil thérapeutique.

Nous avons le sentiment que cette méthode thérapeutique n'a aucune chance de donner au niveau du cou un résultat qu'elle n'a jamais pu procurer nulle part ailleurs et nous pensons que le traitement chirurgical seul est capable d'assurer la guérison.

Ce traitement est indiqué dans tous les cas de laryngocèle vraie. Il est simple, facile, sans danger.

Il est facile car, dans la véritable hernie laryngée, il existe toujours une paroi propre. Celle-ci est quelquefois extrêmement mince, mais, on la reconnaît toujours facilement, on peut toujours la cliver, on peut l'isoler. Elle n'adhère ni aux muscles, ni au tissu conjonctif environnant.

Cette proposition se trouve vérifiée dans toutes les observations accompagnées d'un protocole opératoire. Elle est exactement contraire à l'opinion classique mais, comme nous le dirons à la fin de ce chapitre, il est facile d'expliquer cette divergence de vues.

OBSERVATIONS DE LARYNGOCÈLES EXTERNES TRAITÉES CHIRURGICALEMENT

1° PANTALONI, 1897.

L'examen montre dans la région latéro-laryngée droite une tumeur du volume d'un œuf de poule, non adhérente à la peau, mais peu mobile sur sa base qui semble faire corps avec le thyroïde.

L'examen laryngoscopique montre un larynx absolument normal. On pose le diagnostic de laryngocèle externe par rupture de la membrane thyro-hyoïdienne et hernie de la muqueuse supra-glottique, et l'opération est pratiquée le 9 mars 1897.

Chloroformisation : Incision de la peau parallèlement au bord du maxillaire inférieur, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, sur une longueur de 8 centimètres environ (la tumeur avait obtenu au préalable son maximum de développement grâce aux efforts expiratoires du malade pendant l'anesthésie).

Dissection lente de la paroi qui est libérée à petits coups de ciseaux du tissu cellulaire lâche qui l'enveloppe. Mise à nu dans cette partie de l'opération de la glande sous-maxillaire en haut et de l'artère thyroïdienne supérieure en arrière. Ces deux organes se trouvent intimement accolés à la paroi.

On isole une poche aérienne du volume d'un œuf de poule rattachée par un mince pédicule à la partie antéro-interne droite du bord supérieur du cartilage thyroïde, en dehors de l'échancrure médiane. La coloration de la

face interne est celle de la muqueuse laryngée normale. Cette face est tapissée de quelques mucosités qui semblent avoir nacré quelque peu, par places, son épithélium. La hernie s'était produite à travers une déchirure de la membrane thyro-hyoïdienne.

Grattage et avivement des parois du collet. Ligature du collet au ras du thyroïde. Section du sac. Suture de la peau. Pansement sec à la gaze iodoformée.

Suites normales. Réunion par première intention. La guérison est complète et le malade peut reprendre ses pénibles occupations.

Examen histologique. — La paroi de la poche comprend de dedans en dehors un revêtement de cellules prismatiques à cils vibratiles, caractéristiques des voies aériennes, reposant sur une membrane basale nette. Le chorion ne présente que deux ou trois diverticules glandulaires. Le tout est doublé d'un tissu fibro-cellulaire extrêmement vasculaire.

2° LEDDERHOSE :

Le malade, âgé de 58 ans, a toujours eu de la rauçité de la voix. Il y a deux ans, on a constaté l'existence sur le côté droit du larynx d'une petite voussure, molle et dépressible. Celle-ci a été en augmentant progressivement. A l'examen, on note, en plus de la tumeur cervicale présentant tous les caractères de la laryngocèle, sur la bande ventriculaire droite, une saillie lisse, ronde, qui augmente lorsqu'on comprime la tuméfaction externe.

Opération. Incision. Le sac est ouvert puis disséqué.

Il se détache assez facilement, sauf au niveau de l'os hyoïde. L'ouverture de communication se trouve au travers de la membrane thyro-hyoïdienne. Il est assez large pour laisser pénétrer l'extrémité du doigt. On lie le collet du sac, on résèque celui-ci, on pense à l'iodoforme après avoir fait deux points de suture et mis un drain.

Suites opératoires : normales. Lors de l'ablation des fils, quelques bulles d'air sortent par la fistule cutanée. Au 12^e jour, la fermeture est complète.

Examen histologique (Reklinghausen). Le sac est formé par une muqueuse d'épaisseur variable possédant un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

3^e BRÉMOND, *janvier 1928.*

Le malade, âgé de 30 ans, ouvrier dans une filature, se présente à la consultation en mars 1927 pour une tumeur cervicale droite. A l'interrogatoire, il raconte avoir constaté l'apparition d'un léger gonflement du cou il y a environ 3 ans, au cours d'un état grippal s'étant accompagné de picotements laryngés et d'accès de toux. Cette phase inflammatoire aurait duré une quinzaine de jours. Après quoi tout serait rentré dans l'ordre. Seule la tuméfaction cervicale droite persiste. Elle n'apparaît d'abord qu'au cours d'un effort sous un volume réduit mais, petit à petit, elle augmente d'ampleur et devient visible d'une façon continue, au point d'être disgracieuse. Le malade n'accuse aucune douleur, aucune gêne. Sa voix est normale.

L'état général est bon. Les antécédents héréditaires et personnels ne révèlent rien d'anormal.

A l'examen, la région antéro-latérale droite du cou présente une tuméfaction du volume d'une orange, non adhérente à la peau qui est mobile sur elle et qui a gardé sa coloration normale. A la palpation, cette tumeur présente une consistance élastique, mais elle ne résiste pas à la pression. Elle est en effet entièrement réductible sous une pression douce et continue, le malade ayant la bouche ouverte. Au contraire, la tumeur reparaît instantanément, et sous une tension plus forte, si l'on recommande au malade de faire une expiration forcée, le nez et la bouche étant fermés. Dans ces conditions, la tumeur se laisse très facilement délimiter des tissus voisins. Elle répond en arrière au bord antérieur du sternomastoïdien. En haut, au bord inférieur du maxillaire inférieur. En avant, elle ne déborde pas la ligne médiane. En bas, elle répond à peu près au bord inférieur du cartilage thyroïde.

L'examen laryngoscopique le plus minutieux ne permet pas de distinguer l'orifice qui met en communication cette poche aérienne avec le larynx qui apparaît absolument normal.

L'intervention est pratiquée sous-anesthésie générale au chloroforme en avril 27 : incision transversale de 6 centimètres environ, à un travers de doigt au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde. On tombe très vite sur la poche qui est au contact du peaucier. Dissection de la poche que l'on doit séparer des organes voisins (veine jugulaire externe, ventre antérieur du digastrique, artère thyroïdienne supérieure, nerf laryngé supérieur). La poche, séparée des différents plans musculo-

aponévrotiques qui la recouvrent, se réduit à une mince feuille de l'épaisseur et de la consistance d'un sac de hernie. Dissection relativement facile. Le sac est en effet assez consistant. Il n'est nullement comparable à la poche d'une grenouillette. C'est bien plutôt à un sac péritonéal herniaire qu'il ressemble. Cette dissection conduit sur un pédicule effilé qui s'invagine au travers de la membrane thyro-hyoïdienne, au-dessus du bord supérieur de la lame latérale droite du thyroïde, et au niveau du tiers antérieur de ce bord. On ouvre d'un coup de ciseaux le sac ainsi disséqué et on recherche au stylet le trajet de communication avec le larynx. On découvre ainsi un orifice minime au travers duquel s'enfonce le stylet qui pénètre dans le ventricule de Morgagni sous la bande ventriculaire droite. Ligature du pédicule au ras de la membrane thyro-hyoïdienne tel un sac de hernie. Section du pédicule. Exérèse de la poche. Suture en deux plans.

Les suites furent parfaites. Pas d'emphysème sous-cutané. Pas de troubles laryngés. Le malade sort guéri au 10^e jour ayant toujours conservé une voix et une respiration normales.

L'acte chirurgical se résume donc en une simple dissection de la poche et à la ligature de son collet au ras de la membrane thyro-hyoïdienne. Les suites sont dépourvues de tout danger et le malade débarrassé de cette tumeur disgracieuse est à l'abri de toute récurrence. « La cure radicale de la hernie gutturale est aussi simple et aussi indiquée que la cure radicale de toute hernie inguinale ».

4° CHALIER et DUNET (*Gazette des hôpitaux*, 1920).

Les auteurs apportent un cas de laryngocèle externe traitée de même façon par l'extirpation et où la guérison fut obtenue de façon complète.

5° OBSERVATION PERSONNELLE :

Pour ne reprendre que les faits ayant une importance au point de vue opératoire, rappelons que dans notre observation :

La poche de laryngocèle est mince, pelliculaire. Sa dissection est cependant relativement facile. Le tissu cellulaire se laisse cliver aisément. Seul, le pédicule de la laryngocèle contracte avec la grande corne de l'os hyoïde quelques adhérences qu'on est obligé de sectionner aux ciseaux.

La guérison est obtenue par première intention.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une laryngocèle vraie, la poche étant de même structure que la muqueuse laryngée.

(Notre observation portait en réalité sur une laryngocèle mixte mais les premiers temps opératoires furent les mêmes que dans les cas précédents).

On peut ajouter à ces observations celle déjà citée de Landry où, par hasard, au cours d'une dissection anatomique, on trouve :

6° LANDRY :

A la partie antéro-supérieure du larynx, saillant sous les muscles thyro-hyoïdiens et sterno-hyoïdiens, deux

volumineuses poches à parois consistantes analogues à celles d'un sac herniaire épaissi, séparées par un plan de clivage très net du tissu cellulaire environnant.

Donc, dans tous ces cas, la libération de la poche de laryngocèle a pu s'effectuer avec la plus grande facilité.

Pourquoi alors cette divergence d'opinions et pourquoi certains auteurs se montrent-ils opposés à l'intervention chirurgicale ?

Le fait tient à la confusion jusqu'à présent établie entre la vraie laryngocèle ou hernie du larynx et la fausse laryngocèle ou tumeur gazeuse banale pré-laryngée.

En décrivant la pathogénie, nous avons insisté déjà sur les différences fondamentales séparant les deux affections. Pour ne reprendre que celles intéressant plus directement le chapitre du traitement, rappelons que dans la tumeur gazeuse banale, l'affection, secondaire à une perforation pathologique ou traumatique du larynx est caractérisée par la présence pure et simple d'un épanchement d'air au devant du cartilage thyroïde.

Cet épanchement est artificiellement limité par ce cartilage, le tissu conjonctif et les plans musculaires, mais il n'est nullement limité par une membrane autonome puisqu'il s'agit d'une perforation simple du larynx et non pas d'une hernie laryngée.

Rien d'étonnant dans ces cas à ce qu'il soit « difficile de libérer une paroi propre » puisque celle-ci, anatomiquement, n'existe pas.

Rien d'étonnant non plus à ce qu'il soit plus difficile

d'obtenir une guérison définitive puisqu'il ne s'agit pas ici de faire une simple ligature au collet d'un sac herniaire, mais puisqu'il faut fermer et réparer une perforation plus ou moins importante faisant communiquer la cavité du larynx avec les tissus pré-laryngés.

C'est pour avoir confondu ces faits (à vrai dire exceptionnels puisque nous n'en avons relevé que trois observations) d'épanchements aériens pré-laryngés simples avec les vraies laryngocèles et c'est pour avoir rencontré dans le premier cas de grandes difficultés opératoires et obtenu de mauvais résultats (Cf. Obs. Th. Pelletier) que certains se sont rangés contre le traitement opératoire.

En résumé, si la perforation fermée du larynx (pathologique ou traumatique) peut être d'un traitement opératoire difficile, la hernie du larynx, la véritable laryngocèle, peut être supprimée par une intervention chirurgicale bénigne et simple.

Technique opératoire

Anesthésie : Dans tous les cas publiés, l'anesthésie fut obtenue par chloroformisation. Toutefois, dans ces cas de laryngocèle externe pure, il est probable qu'une simple anesthésie locale n'aurait entraîné aucune difficulté opératoire spéciale.

1^{er} temps : *Incision des plans superficiels et découverte de la laryngocèle.*

L'incision doit être transversale, rectiligne, ou dé-

crivant une courbe légère à concavité supérieure.

Cette incision est faite à mi-chemin entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et le bord inférieur du maxillaire. Elle suit à peu près la ligne de l'os hyoïde.

En arrière, suivant l'importance de la tuméfaction cervicale, elle reste plus ou moins distante du bord postérieur du sterno-mastoïdien. En avant, il est important de la prolonger jusqu'à la ligne médiane pour pouvoir ultérieurement isoler sans difficultés le pédicule de la poche.

Cette incision traverse successivement la peau, le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle.

2^e temps : Libération du sac.

Les plans superficiels ayant été sectionnés, on tombe sur la laryngocèle entourée de ses nombreux plans conjonctifs. Lentement, prudemment, en travaillant uniquement à la sonde cannelée, on dilacère le tissu conjonctif et on ouvre successivement les nombreux plans de clivage créés par celui-ci au devant de la poche. Chemin faisant, on libère quelques vaisseaux gagnant la veine jugulaire interne ou se rendant au corps thyroïde.

On parvient finalement dans un dernier plan cellulaire qui se laisse cliver avec plus de facilité encore que les précédents et on isole ainsi la poche de la laryngocèle. Cette poche se reconnaît aisément à sa coloration et à l'existence de nombreux rameaux vasculaires sillonnant sa surface.

Restant dans ce plan de clivage, on complète la libé-

ration de la poche : en arrière, on la sépare aisément de la gaine vasculaire carotidienne ; on la poursuit en avant, après section si besoin des muscles sous-hyoïdiens qui recouvrent son extrémité antérieure ; en haut, on écarte l'hypoglosse et, au besoin, l'extrémité postérieure de la glande sous-maxillaire ; en dedans, on décolle d'avec la paroi pharyngée.

Cette libération faite à la sonde cannelée ou en s'aidant de la compresse pour décoller, s'effectue avec la plus grande facilité et sans faire courir le moindre risque aux organes environnants (jugulaire, hypoglosse laryngé supérieur).

3^e temps : libération du collet du sac.

Parvenu au niveau de l'espace thyroïdien, on libère le pédicule de la laryngocèle qui s'engage sous le muscle thyro-hyoïdien entre les fibres de la membrane thyro-hyoïdienne. Des adhérences contractées entre la poche et le bord inférieur de l'os hyoïde (observation Brémond et observation personnelle) sont sectionnées aux ciseaux au ras de l'os.

4^e temps : ligature au niveau du collet. Section et extirpation du sac.

5^e temps : réfection des plans musculaires et suture complète des couches superficielles.

Traitement de la laryngocèle interne

Deux cas sont à envisager :

1° La laryngocèle coexiste avec une tumeur pré-laryngée ;

2° La laryngocèle constitue toute l'affection.

Premier cas : il existe une tumeur intra-laryngée :

Nous avons expliqué au chapitre de la pathogénie quel était le mécanisme de formation de la hernie laryngée. Nous avons dit comment l'existence de la tumeur était responsable de la formation de la laryngocèle. Il est facile dès lors de comprendre comment l'ablation de la tumeur suffit pour entraîner la disparition de la laryngocèle.

Nous avons cité déjà à ce sujet les trois observations les plus démonstratives :

Dans l'observation de Musehold (1894), il s'agissait d'une tumeur assez volumineuse remplissant la cavité laryngée et ayant provoqué la formation de laryngocèle. L'ablation de la tumeur entraîna la guérison laryngée.

Dans le cas observé par Garel (1904), l'ablation d'un polype sus-glottique suffit à entraîner la guérison d'une hernie ventriculaire.

Dans l'observation de Labarraque (1925), l'extirpation du polype responsable de la laryngocèle permit d'obtenir le même résultat.

Par conséquent, avant d'entreprendre le traitement

d'une laryngocèle interne, il est indispensable de faire un examen minutieux de la cavité laryngée, après cocaïnisation, et en refoulant au besoin à l'aide d'un stylet la poche qui, souvent, masque en partie ou complètement la région de la glotte. S'il existe un obstacle, tumeur, polype, cet obstacle est responsable de la formation de la hernie ventriculaire. Il suffira de supprimer celui-ci pour guérir celle-là.

Deuxième cas : La laryngocèle constitue toute l'affection :

Dans les cas où il n'existe pas de tumeur intra-laryngée, il faut s'attaquer directement à la poche de laryngocèle.

Le chirurgien dispose de trois moyens de traitement : la ponction, l'ablation à anse, l'extirpation par thyrotomie.

La ponction pratiquée à l'aiguille ou au thermocautère est conseillée par quelques auteurs, Moure en particulier. Elle ne constitue qu'un moyen de traitement palliatif et, d'autre part, elle n'est pas sans danger. Nous ne citons à ce sujet que l'observation d'un malade présenté à la Société de Laryngologie de Paris par M. Halphen en mai 1929 :

Le malade âgé de 39 ans accuse depuis quelques temps de la dysphonie et de la dyspnée. Il a constaté en plus de cette gêne l'apparition, il y a peu de temps, d'une tuméfaction à la partie externe du cou.

Lorsqu'il vient consulter, il présente un cornage léger, un peu de tirage et de la dysphonie.

Au laryngoscope, on constate l'existence dans la région aryténoïdienne d'une masse molle, lisse, ressemblant à une gomme. A un nouvel examen pratiqué un mois après, cette tuméfaction a augmenté de volume et la gêne fonctionnelle est beaucoup plus grande.

Fait nouveau, en appuyant sur la masse extérieure, cervicale, celle-ci disparaît à l'intérieur du larynx. On pose le diagnostic de laryngocèle mixte.

On pratique alors pour affirmer le diagnostic une ponction cervicale au trocart et la tumeur s'affaisse. Dans le larynx, on pique la masse aryténoïdienne avec le galvanocautère et la tumeur s'affaisse également. On arrive à découvrir les cordes vocales qu'on ne pouvait voir auparavant. Le malade se croit guéri, mais dans l'après-midi, il est pris d'une crise subite d'étouffement et on doit lui faire une trachéotomie d'extrême urgence. La ponction au galvanocautère avait provoqué un œdème laryngé total.

Au bout de trois jours, on peut retirer la canule mais la tumeur est revenue, telle qu'elle était il y a deux mois.

Cette méthode de traitement conseillée par les traités classiques est une méthode logique mais, comme on le voit, elle n'est pas sans danger. Mieux vaut s'en dispenser ou la réserver comme traitement d'extrême urgence dans les cas de gêne respiratoire intense et inquiétante, provoquée par une volumineuse poche de laryngocèle interne.

L'extirpation à l'anse a donné un très bon résultat à

Cohen Tervaert dont nous avons reproduit par ailleurs l'observation. L'intervention ne semble pas avoir présenté la moindre difficulté. Elle a permis d'obtenir une guérison complète et définitive.

Il existe une observation de laryngocèle interne traitée et guérie par thyrotomie (Musehold). Cette opération avait été pratiquée en même temps qu'une trachéotomie nécessitée par une gêne respiratoire inquiétante.

Traitement de la laryngocèle mixte

Si la chose est possible, comme dans notre observation à laquelle nous renvoyons pour les détails de technique, on pratiquera l'opération par la voie externe et en un temps.

Dans le cas contraire, on pourra associer les deux méthodes opératoires précédentes.

CONCLUSIONS

Les laryngocèles peuvent être définies comme étant de véritables hernies du larynx survenant à l'occasion d'une surpression intra-laryngée, dans un trajet congénitalement préformé.

Anatomiquement, on en distingue trois variétés :

1° Laryngocèle interne développée à l'intérieur de la cavité laryngée ;

2° Laryngocèle externe, s'échappant du larynx pour s'étaler au devant de cet organe, entre les muscles de la loge antérieure du cou ;

3° Laryngocèle mixte, combinaison des deux variétés précédentes.

Dans l'une et l'autre variété, la poche de laryngocèle est formée complètement et exclusivement par la muqueuse laryngée herniée.

Cette poche, en tous points comparable à un sac herniaire, n'adhère ni aux muscles, ni au tissu conjonctif environnant. Quelle que soit sa minceur, on la reconnaît toujours facilement. On peut toujours la cliver et la séparer des plans environnants.

Cette notion de paroi propre, indépendante, facile à libérer, à structure analogue à celle de la muqueuse laryngée, constitue la caractéristique anatomique essentielle. Elle suffit à individualiser la laryngocèle et à la séparer complètement des autres tumeurs gazeuses pré-laryngées.

Cette hernie du larynx se constitue progressivement et parfois tardivement dans un trajet pré-formé dont l'existence est liée à une malformation laryngée congénitale.

En faveur de cette prédisposition congénitale plaident de nombreux arguments :

a) *Arguments anatomiques :*

Normalement, le ventricule de Morgagni est prolongé par un diverticule, l'appendice, développé verticalement à l'intérieur de la paroi laryngée latérale et s'élevant jusqu'à 1 centimètre environ du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Anormalement, et le fait a été vérifié par de nombreuses dissections, cet appendice peut se prolonger beaucoup plus haut, dépasser la hauteur du cartilage thyroïde, perforer la membrane thyro-hyoïdienne et s'étaler au milieu des muscles pré-laryngés. Il en résulte la formation d'un sac ventriculaire extra-laryngé auquel il suffit d'être insufflé pour devenir laryngocèle.

b) *Arguments cliniques :*

1° On connaît plusieurs cas de laryngocèles

constituées dès les premiers jours après la naissance ;

2° Il existe plusieurs observations de laryngocèles bi-latérales, symétriques, pour lesquelles une explication purement mécanique ne saurait donner satisfaction.

c) Arguments tirés de l'anatomie comparée :

Les formations ventriculaires extra-laryngées ne constituent vraisemblablement que des vestiges ontogéniques rappelant la disposition normale observée chez certains mammifères. L'anatomie comparée apprend comment, chez le singe en particulier, on observe fréquemment des poches laryngiennes remplies d'air développées au devant du cou et du thorax et en communication avec la cavité laryngée.

Dans ce trajet congénitalement pré-formé, la hernie laryngée s'effectue à la faveur d'un état de surpression intra-ventriculaire

Cet état peut être réalisé dans des conditions différentes :

1° Existence d'un obstacle sus-glottique (tumeurs, polype, hypertrophie des cordes vocales supérieures) ;

2° Destruction des cordes vocales inférieures permettant à l'air de s'engouffrer à l'intérieur des ventricules ;

3° Efforts expiratoires répétés expliquant en particulier les cas de laryngocèles professionnelles (souffleurs de verre, instrumentistes).

TRAITEMENT :

La confusion établie entre les diverses tumeurs gazeuses pré-laryngées a fait tenir pendant longtemps le traitement chirurgical comme difficile ou inutile et a fait conseiller un traitement plus simple par la compression. Celle-ci a donné sur la hernie du larynx ce que donne habituellement le bandage herniaire en d'autres régions. Nul doute que ce ne soit pas là le traitement de choix.

En réalité, toute laryngocèle, mais à la condition qu'il s'agisse vraiment d'une laryngocèle, et non pas d'une tumeur gazeuse pré-laryngée simple, doit être extirpée chirurgicalement.

La laryngocèle vraie possède toujours une paroi propre. Cette paroi est indépendante des tissus environnants dont on peut toujours la séparer. Elle n'adhère ni au tissu conjonctif ni aux muscles. On peut toujours la disséquer facilement et, par conséquent, l'extirper.

Il est donc possible, pour tous les cas de laryngocèle de proposer une pathogénie simple et univoque et de donner des indications thérapeutiques précises.

Mais il est nécessaire dans ce but de séparer complètement cette affection des autres tumeurs gazeuses pré-laryngées.

Celles-ci, d'ailleurs beaucoup plus rares, relèvent d'un mécanisme tout à fait différent : elles sont consécutives à une perforation du larynx, à une effraction pathologique (tuberculose, syphilis) ou traumatique (tubage) de la paroi laryngée.

L'épanchement aérien est ici enkysté dans une loge artificiellement formée par les muscles, les aponévroses pré-laryngées et le cartilage thyroïde. Il ne possède pas de paroi propre ; la muqueuse laryngée qui s'est laissée perforer mais qui n'a pas été refoulée n'entoure pas l'épanchement gazeux.

Ce sont les insuccès opératoires obtenus dans des cas de ce genre, où on avait vainement tenté de cliver et d'extirper une poche qui n'existait pas qui ont fait longtemps déconseiller l'intervention chirurgicale dans le traitement des laryngocèles.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
P. SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- MUYS. — 1695, *Praxis medico chirurgica ratio*, Amsterdam.
- LARREY. — 1829, *Clinique chirurgicale*, 1829, Paris t. I.
- HUTCHINSON. — 1861, *Medic. times and gaz* p. 329.
- FISCHER. — 1862, *Compendium de Pitha und billroth*.
- LERICHE. — 1868, *Gazette Lyon*, p. 164.
- SOLIS COHEN. — 1872 *Diseases of the throat*.
- PARKERS. — 1886 *Trans. of the clinique soc.* London, t. XIX,
p. 323.
- MADELOUNG. — 1889, *Archiv. für clin chirurgie*, Berlin.
- FABRE. — 1896, *Gazette Médical*, Paris n° 32.
- BROCA. — 1886, *Thèse de Koutnik*, Paris 1896, n° 31,
- PANTALONIS. — 1897, *Archives Provinciale de chirurgie*. p. 540,
- PELLETIER. — *Thèse Paris*, 1900.
- VIRCHOW. — 1863, *Traité des tumeurs*, traduction française
en 3 volumes, p. 329, t. III.
- BENNETT. — 1865, *The Dublin quaterly journal of médical sc.*
1865.
- LUSCHKA. — 1871, *Der kehlkoph der meunschen*.
- RUDINGER. — 1876, *Monat für ohren* n° 9.
- HANSEMAN. — 1898, *Über die entwikelung der morga-*
nischen taschen, Berlin klinik vochen.
- MEYER. — 1802, *Archiv fur laryngologie*.
- LEDDEHROSE. — 1885, *Deutsche zeitschrift fur chirurgie*.
- MOURE BEAUSOLEIL. — 1893, *Compte rendu de la Société des*

Sciences Médicales de Bordeaux 1893, et *Revue Laryngologie oto-rhino* 1894.

BENDA et BORCHERT. — 1893, *Berlin Klinik wochen*.

MUSEHOLD. — *Gesellschaft für leryngo Berlin*, décembre 1894.

COHEN TERVAERT. — 1897, *Monatschrift für ohren*.

SCROTTER. — 1898, *Wiener medicin. woch*.

RAUGE. — 1897, Laryngocèle ventriculaire (*Annales des Maladies nez, oreilles, larynx*).

ALEXANDER. — 1901, *Berlin klinik wochen*.

MEYER. — 1902, *Berlin klinik wochen*.

SONIA GLUCKBERG. — *Thèse Lyon*, 1904, n° 17.

AVELLIS G. — Ueber Kehlkopflutsäche beim Menschen (laryngocèle) (*Arch. f. Laryng. u. Rhinol.*, Berlin, 1907).

BELEMERA. — 1920, *Monatschr. f. Ohrenh*, Berlin.

BERIZZI. — 1914, *Gazz. Med. ital.*, Torino.

GALABRESI. — 1917, *Arch. Ital di otol.*, Turin.

CHALIER A. et DUNET C. — Laryngocèle externe traitée par l'extirpation (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1920).

DONADEI G. — 1924, Turin, *Arch. Ital. di Otol*.

GAREL J. — 1919, *Revue de laryngologie*, Paris.

GIANNONE A. — 1916, *Arch. Ital. di Otol.*, Turin.

GUERRA ESTAPE J. et SUNE MEDAN L. — 1923, *Arch. de Méd. des enfants*.

GUGENHEIM J. — 1910, *Arch. f. laryngologie*, Berlin.

HERHOLD. — 1904, *Deutsche Med. Woch. Leipzig.*, Berlin.

VON HIPFEL R. — 1918, *Deutsche Med. Woch.*

LABARRAQUE. — 1923, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.

LABARRE. — 1906, *Presse oto-laryngo Belge*, Bruxelles.

LANDRY. — 1925, Laryngocèle double chez un souffleur de verre (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*).

RENDU. — 1910, *Lyon Médical*.

ROMANO. — 1922, *Gazette Méd. Napol.*

SPICER. — 1920, *Proc. Royal Soc. London*.

VERRAS S. — Laryngocèle inférieure chez un enfant de onze ans (*Arch. de Med. d. enf. de Paris*, 1924).

VOGEL. — 1924, *Ztschr. f. Hals. Nasen u. Ohrenh.*, Munchen et Berlin.

WEINGERTNER M. — 1916, *Arch. f. laryngol. u. Rhinol.*, Berlin.

ZIA NOURY. — 1912, *Arch. intern. de Laryng.*, Paris.

BREMOND. — 1928, *Archives Internationales de laryngologie*, Paris.

HALPHEN. — 1929, *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, Paris.

1930. — Imp. A. CLERC, Saint-Amand (Cher).
